

全国健康保険協会運営委員会（第 60 回）

開催日時：平成 26 年 11 月 7 日（金）15：00～17：00

開催場所：全国町村議員会館 会議室（2 階）

出席者：石谷委員、城戸委員、古玉委員、高橋委員、田中委員長、
埴岡委員、森委員（五十音順）

- 議 事：
1. 医療保険部会における議論の動向について
 2. 平成 27 年度保険料率に関する論点について
 3. その他

○田中委員長： 皆さん、こんにちは。ただいまから第 60 回運営委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

本日の出席状況ですが、中村委員及び野田委員がご欠席です。そのほか、森委員が所用のため 30 分ほど遅れてご出席との連絡を受けております。本日も、オブザーバーとして厚生労働省よりご出席いただいております。

議事 1. 医療保険部会における議論の動向について

○田中委員長 早速、議事に入りましょう。まず、「医療保険部会における議論の動向について」、事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

○小澤企画部長： 企画部長でございます。お手元、資料 1-1 と 1-2 で、10 月 29 日、それと本日午前中に開催された部会の議論について、それぞれご説明させていただきたいと思えます。

まず資料 1-1 をお手にとっていただきますようお願いいたします。1 枚おめくりいただきますようお願いいたします。10 月 29 日の医療保険部会におきましては、国民健康保険について議論が行われました。この 1 ページのところの目次にございますように、市町村国保、それから国民健康保険組合について、それぞれ議論が行われております。この市町村国保の問題そのものは、国保の固有の問題になりますので、直接の関係はございますが、ただ、いわゆる後期高齢者支援金の総報酬割によって生ずる財源、これの扱いについて、国保と被用者の間で、今それぞれ関係者の意見が異なっておりますので、特に論点①の「国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策」の部分について、簡単にご紹介させていただきたいと思えます。

論点②の「国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方」については、省略させていただきたいと思います。それから 2 の「国民健康保険組合について」のところは、こういった議論があるということでのご紹介にとどめさせていただきたいと思います。

では、1 ページおめくりいただきまして、「市町村国保について」の資料の 3 ページのところをお願いいたします。「市町村国保が抱える構造的な問題点と社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性」という資料でございます。市町村国保が抱える構造的な問題についていくつか申し上げますと、まず「年齢構成」について言うと、被用者保険よりも年齢構成が高く、医療費水準が結果的に高くなるということがございます。それから「財政基盤」を見ても、自営業者あるいは農家、かつてはそれが中心だったわけですが、今や退職者あるいは失業者というのは、かなり数としては多くなってきて、加入者一人当たりの平均所得というのも低くなってきているという状況です。それから、医療費が高く所得も低いということですので、その結果、保険料負担も重くなる。それから、国保の場合は、保険料は被用者保険は天引きではなくて、それぞれ市町村がこれぐらいを納めてくださいということで、加入者にお伝えした上で納めてもらうかたちですので、当然、収納率も低くなる。それから、後ほど詳しく述べますが、一般会計からの繰入あるいは繰上充当といったものが常態化している、という問題があります。それから 3 番目で「財政の安定性・市町村格差」ということで、財政が不安定なリスクの高い小規模保険者が少なからず存在する。それから、市町村間の格差もあると。こうした中、社会保障制度改革プログラム法では、一つは、まずは「国保に対する財政支援の拡充」。それから②として「財政上の構造的な問題を解決することとした上で、都道府県が財政を担う」等の適切な、市町村と都道府県の役割分担を進める。それから、「低所得者に対する保険料軽減措置の拡充」をすることになっております。それを検討することになっていまして、その具体的な場としては、1 枚めくりまして 4 ページのところをお願いいたします。

4 ページでは、「国民健康保険制度の基礎強化に関する国と地方の協議」、この場がございまして、こちらで今、国保についての今後の構造問題の解決の方策、その他について、具体的な検討が行われてきています。これはメンバーのところでございますように、国のほうは厚生労働省、地方のほうは知事会、市長会、町村会、これらがメンバーになって、それぞれ今、会議を進めていまして、8 月 8 日に一定の中間整理が出ています。その中間整理のポイントとしては、5 ページのところでございます。

6 ページのところをお願いいたします。「財政上の構造問題の解決に向けた方向性」ということでは、まず (1) のところで「保険料負担の軽減・伸びの抑制」。一つは、すでに決まっています保険者支援制度の拡充の早期・確実な実施。それから②のところ「①に加え、更なる追加公費投入の実現」と。その際に財政上の構造問題の解決のための効果的・効率的な公費投入の方法を検討すると。その財源をどうするかということで、(2) のところの①で「後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生ずる国費の活用の検討を含め、予算編成過程を通じて財源確保に努力」ということに、今、なっております。

ちょっとページ飛びまして、今の構造問題についてのところの説明を、少しだけさせていただきます。14ページをお願いいたします。14ページは「市町村国保財政の現状」でございます。市町村国保につきましては、15ページの図にありますように、医療給付費総額は11兆4,000億円になりますが、そのうち保険料でまかなっているのは3兆2,000億円。3割を切る状況でございます。残りは公費あるいは被用者保険からの前期高齢者交付金、こういったものでまかなわれている状況になります。

もう1枚おめくりいただきますようお願いいたします。16ページをお願いいたします。16ページは「市町村国保の収支状況」でございます。24年度の欄をお願いいたします。24年度の収支は、単純に単年度収入と単年度支出を引いて、それで最終的な収支は下から4行目ぐらいのAという、太線を引いた枠の直後の上ですが、480億円というのが、一応これが帳簿上の黒字となります。ただし、個々の会計に対しては、この下の行にありますように、「決算補填等のための一般会計繰入金」が約3,500億円、これが一般会計から国保の各市町村の特会のほうに繰り入れられています。結果、実質的な単年度収支差というのは、24年度の▲の付いている大きな行に3,053億円というのが、実質的な単年度収支差になります。17ページのところは、その収支差の、あるいは一般会計繰入の状況でして、これは恒常的にこういった状態が続いているということになります。

18ページと19ページをお願いいたします。「一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入」の都道府県別の状況でございます。これについては、各都道府県別に見ますと、一番多いのは東京都です。2番目に多いのは神奈川、大阪ということで、全体の額としても、これが突出している状況になります。1位から6位の県までで、全体の3分の2を占める状況になります。一人当たりでどうかということで見ると、19ページになります。

19ページの表は、一人当たりの決算補填等の目的の法定外繰入の状況と、それから、一人当たりの負担率を示したものになります。そうしますと、こちらにありますように、この棒グラフのほうは、一人当たりの法定外繰入金なのですが、東京、神奈川あるいは埼玉、こうした県がかなり突出している、というのがわかります。反面、一人当たりの保険料負担率というのは、平均は14.3%になるのですが、東京あるいは今申し上げた神奈川、埼玉などは、この負担割合が、他の県と比べても相対的に低いという状況になります。この一人当たりの負担率というのは、一人当たりの保険料額を一人当たりの所得、旧ただし書き所得というのがありますが、これで除したものであるということです。所得に対する保険料の割合ということで考えていただければ結構だと思います。

ページ飛びまして、22ページのところをお願いいたします。そうした中、「国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策」ということで、厚労省のほうから論点としては、こちらにございますように、国民皆保険の重要な基盤の一つである国保は、被用者保険と比べ、年齢構成が高いこと等により医療費水準も高く～決算補填等を目的とする多額の一般会計繰入を行っている」ということを記載した上で、○の2つ目のところで「国保が抱える財政上の構造問題の解決を図るためには、各保険者の現在の赤字額に着目するのでは

なく、個々の保険者の実情をよく勘案して効果的・効率的な公費投入を行う必要があるが、どのような視点に着目して行うことが考えられるか」ということが議論されております。それと、あと、この事業運営の適正な改善をどのように図っていくか、こうしたことも論点となっております。

次のところは、24 ページからは、都道府県と市町村の役割分担ですね。この点については割愛させていただきます。

飛びまして、国保組合について若干ご説明させていただきます。51 ページをお願いいたします。51 ページからが、国民健康保険組合に関する議論になります。国民健康保険につきましても、もう 1 枚めくっていただきまして、社会保障制度改革国民会議報告書でも、保険料負担の公平の観点から、「所得の高い高国民健康保険に対する定率補助もかねてから方針が示されており」ということで、国庫補助の見直しをどうするか、というのが議論になっております。

53 ページのところ为国保組合の現状でして、組合の数からいくと、医師、歯科医師、薬剤師の組合が多い、という状況になります。

54 ページをお願いいたします。国保組合の概要ということで、国庫補助の割合がどうなっているかということですが、これは端的に申し上げますと、どの組合も基本的には定率補助ということで、医療費給付に対して 32%の補助がもらえる、ということになります。なお、加入者が加入した時期によって、国庫補助率は若干異なってきてはいます。その上にさらに財政力に応じて、15%以内の補助がされているということで、合計 3,000 億円の補助がされている状況です。

これにつきましては、58 ページをお願いいたします。58 ページのところには、国民健康保険組合の所得水準を書いたものがございまして、こちらは、50 組合程度が、例えば一人当たりの所得額でいくと 100 万円以下というところが多い反面、一人当たりの課税標準額が 600 万以上という組合も 29 組合あるということで、これはかなり二極分化している、という状況でございます。こうした中、論点としては、国庫補助をどう見直すかということが、この場では議論になりました。こちらの 29 日の議論については、以上とさせていただきます。

次に 11 月 7 日、今日の午前中になります。資料 1-2 をお願いいたします。資料 1-2 は、本日議論された議題でして、まず議題としては、1 枚めくりまして 2 ページのところですが、特定健康保険組合と、それから任意継続被保険者制度について議論されました。特定健康保険組合というのは、大臣の承認を得て、退職した後も引き続き加入者がいる健康保険組合のことになります。この点は健康保険組合に関することですので、ここでは割愛させていただきます。

任意継続被保険者についてご説明させていただきます。10 ページをお願いいたします。10 ページは、任意継続被保険者でございます。これは協会でもある制度ですが、趣旨としては、11 ページのところでございますように、「解雇等によりその資格を喪失した被保険者

が～暫定的に健康保険の被保険者となる途を開く」ものです。これは 2 か月以上継続して被保険者であった方が、加入資格がありまして、(3) の「資格喪失」のところにございますが、端的に言いますと、2 年間、引き続き被保険者でいることができる制度でございます。保険料は全額自己負担になりますが、ただ算定の基礎となる報酬は、従前の報酬月額か全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に、今の保険料率、協会であれば、各都道府県単位保険料率を乗じた額を負担することになっております。

12 ページをお願いいたします。12 ページが任意継続被保険者の数の推移でございますが、これは平成 24 年度で、協会におきましては、数でいきますと 64.2 万人。加入者の割合としては 1.83%の方が、この任意継続被保険者ということになります。年齢構成でいきますと、13 ページのところでございますが、辞めてから引き続き被保険者であり続けるというもともとの制度でございますので、そうしますと、やはり定年退職等で退職された方が比較的多いということで、60-69 歳の方が約 6 割。次に多いのが 70-74 歳ということで、全般に任意継続被保険者というのは、比較的高齢の方が入っているという状況になります。

14 ページをお願いいたします。任意継続被保険者の平均の加入期間。これは約 1.2 年ということで、例えば最長 24 か月入っている方は約 4 割、という状況になっております。あと、標準報酬月額についても、この方が当然、全被保険者の平均か、それか辞める前の標準報酬月額のどちらかを採るということになりますので、当然、全被保険者よりも低くなります。

17 ページをお願いいたします。厚労省のほうから「任意継続被保険者制度に係る論点」ということで、任意継続期間の適用期間、最大、今 2 年となっておりますが、これを見直す必要があるか。それから、「任意継続被保険者の標準報酬月額の算定方法について」、今、全被保険者の標準報酬月額の平均と、それから喪失時の標準報酬月額となっておりますが、これを見直す必要があるか、ということでございます。この点につきまして、理事長のほうから、「適用期間の見直しなどは一定の効率性があると考えます」ということでの発言をしております。

次に 1 枚おめくりいただきまして、患者申出療養。これはもともと規制改革会議等で、いわゆる訪問診療の拡大に向けた検討ということで、厚労省の検討が求められていた制度になります。制度の概要としては、図にございますように、22 ページと 23 ページをお願いいたします。そもそも今の保険診療では、保険が適用になってない診療を併用した場合には、保険請求は原則できないということになっております。ただし、その例外として、保険診療の対象でないものと、保険を併用できるものとしては、この 23 ページのところにありますように、例えば先進医療ということで、国の先進医療会議が認めたもの、あるいは治験、こうしたものは保険と併用することができます。今回は例えば先進医療の対象にならないが、一定の安全性・有効性が確認された医療、あるいは現行の治験の対象とならない薬を使用すること、こうしたものについて、国が認めたものについて保険併用ができる、という仕組みでございます。具体的には、仕組みとしては 22 ページのところにありますが、

まず患者からそうした医療を使いたいという申出があつて、それを臨床研究中核病院、これは国に数か所ある、高度な研究ができる病院になりますが、ここが国に申請して、患者申出療養に関する会議というところで審議した上で、それが承認されれば患者申出療養ができる、というかたちになります。これは初めて実施する場合ですので、2 例目以降につきましては、患者から申出があつて、身近な医療機関が、前例を取り扱った臨床研究中核病院に申請すれば、患者申出療養ができるという仕組みになります。患者申出療養については、以上でございます。

次に、24 ページと 25 ページをお願いいたします。最後、この日は、これまでの検討項目、24 ページのところでございますように、第 81 回から 84 回の医療保険部会、2 巡目の議論を検討項目でおさらいしました。その上でさらに発言を、ということで求めがありまして、協会のほうからは、理事長より、25 ページ以下の「全国健康保険協会の収支見通しについて～協会けんぽの財政に関する財務省試算について～」の資料を説明いたしました。26 ページ以下の資料になります。これにつきましては、前回の運営委員会で説明させていただいた資料と、基本的に同じですので、資料の内容の説明は割愛させていただきますが、財務省試算、国庫補助率を、段階的に 13%に引き下げる施策に対する協会の意見をあらためて医療保険部会の場で説明するとともに、国庫補助率を 20%にすべきという協会の意見をあらためて主張したところでございます。医療保険部会についての報告は以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございました。

ただいま、森委員が到着されました。皆さんご存知だと思いますが、この度、森委員におかれては、旭日中綬章を受章されて、本日、受章式だったとのこと。誠にめでとうございます。

○森委員：ありがとうございました。

(拍手)

○田中委員長：では、ただいま説明のありました医療保険部会の資料について、最後のところの協会けんぽの話を除くと、直接の話題ではないですが、この際、医療保険制度全般をめぐる議論をしておくのも悪くないですし、医療保険制度の現状を勉強することも悪くないと思いますので、ご質問でも結構ですし、何かご意見があればお願いいたします。

○城戸委員：いいですかね。

○田中委員長：どうぞ。お願いします、城戸委員。

○城戸委員：資料 1-1 の 54 ページ。「国民健康保険組合の概要」ということで、ここに国保組合に対して定率補助が 32%。それと、調整補助金のところが 15%以内。最大で 47%補助があるということですが、私たち業界が 16.4%。この補助率の違いは、どういう考えで、こういう差があるのか、ちょっとお聞かせ願いたいのですけど。

○田中委員長：数値の違いの歴史的根拠ですね。お願いします。

○城戸委員：政治力とか、何でもいいんですよ。

○伊奈川理事：54 ページの資料でございますけれども、もともと国民健康保険組合、結果的にいろいろな業種の方が入っておられますけれども、やはり歴史的に言いますと、市町村国保より前に、自分たちで自主的に、助け合いとして制度がつくられてきた、といったような経緯がございます。そういった中で、やはり自営業者ということで、基本的には国民健康保険の国庫負担率の割合というのは、50%ということですので、それとの並びということがあったのではないかと思います。

ただし、市町村国保と違いまして、その中にもいろいろな業種の方がいらっしゃいますので、その中でやはり財政力の弱いところと、強いところということがありますので、たしか 5 年に一回ずつと記憶しておりますけれども、そういった財政状況を調査して、そういったことも反映させながら、ここにありますような財政力に応じた補助ということで、傾斜配分をしていこうといったようなことで、今みたいなかたちになったのだと思います。

そういう点で言いますと、先ほど言いましたように、いろいろな方たちが入っておるという中には、同じ業界として、一部被用者の方が手続きを経た上で、こちらの国保組合に入っている場合がありますので、そういう方に関しては被用者保険並びということで、平成 9 年以降、この※にありますように、協会けんぽ並びにしているということでもありますので、基本的には国保並びということで、こうなっているのではないかと理解しております。

○城戸委員：どうもありがとうございます。

前からこの発言させていただいているんですけど、今、所得の低い建設業組合とかいろいろある中で、たしか弁護士とか医師とか、その人たちが 690 万以上、この部分じゃないかなと思っています。この負担が定額の、福岡だったら福岡医師保険組合があって、たしか 2 万円ぐらいの定額で、年間 24 万ぐらいで、たしかそれぐらいだったと思うんですよ。5,000 万以下の所得でも。それに合計したら 3,000 億ぐらいの国庫補助がなされているというのは、あまりにも協会けんぽと不公平感があるんじゃないかなと。さっき私、ちょっと冗談めいたようなことを「政治力か何か」と言ったんですけど、本当に政治力でこんなふ

うになったのかなと、内心では思っているんですけどね。やっぱりここらは是正していかないと。

○田中委員長：医療保険審議会では、どんな議論がなされたかを報告していただければいいと思います。

どうぞ。

○小澤企画部長：医療保険部会のほうでは、主な議論ということで、この資料でいきますと 61 ページのところにありますように、当然、例えば医師あるいは、特に制度に入っている方からすれば、補助率の見直しというのは問題であるという意見がある一方で、事務局の側からは、これまでの社会保障国民会議の議論等から、補助率の見直しを進めるべきであるという議論がされており、まだ現状でこういったかたちで見直すという方向はまだ決まってない状況にあります。

○城戸委員：長年、この問題は、議論されているのではないですかね。ずっと先送り、先送りで、現実には。今、60 ページの割合で見たら、医師は 18%で、金額は 17 万なんぼですよ。たしか後期高齢者の負担金、定額の 2,500 円じゃないですかね。だから、合わせても二十何万円の負担で済むんですよ。中小企業の平均 370 万でしたかな。10%でいったら 37 万納めるんですよ。それから見ても、高額な人が少額で、まして医師。こういう国民皆保険制度があって、一番恩恵を被っているのがお医者さんやないかなと思うんですけどね。あまりにも、ここらが不公平じゃないかなと。やっぱりそれは、協会けんぽとして言うべきでないですかね、ここらの問題は。

○田中委員長：伊奈川理事、お願いします。

○伊奈川理事：今、部長のほうからも説明ございましたように、また委員おっしゃられるように、かなり長い間の議論があって、こういったかたちになっておりますけれども、今回、前回の審議会の場合でも、やはりいろいろな意見がございました。やはり聞いておりますと、国保組合も所得格差もありますし、そして黒字ばかりでなくて、赤字組合もあるといったような声がありまして、そういったことも踏まえて議論をしてほしいと。「国保組合だから、皆お金持ちというわけでもないんだ」といったようなご意見があって、その辺りがまさに、この資料の論点としても、これからどうしていくかというようなことで、今回の医療保険改革の中の論点になっている、というふうに理解をしております。

○城戸委員：ちょっと。

○田中委員長：はい。

○城戸委員：赤字といたら、中小企業の75%、赤字企業ですよ。その企業が天から10%、給料から持っていかれるんですよ。同じ条件じゃないですか。

○伊奈川理事：そういう点から言いますと、前回の審議会でも両方の意見がございましたので、最後、審議会の部会長のほうからも、さらに両方あるんで、議論を深めていかないといけないというようなことで、最後、締めくくっていただいていた、と理解しております。

○田中委員長：全体の意見がまとまるまでいってないようですね、医療保険部会では。

○城戸委員：議論は出尽くしてはいないのですか。決める気があるかないかだけの問題じゃないんですか。

○田中委員長：ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、石谷委員、お願いします。

○石谷委員：先ほどご説明いただいた資料1-2の、任意継続被保険者制度の問題ですが、他の協会けんぽさんは2年間ですよ。他制度と比較すると、加入者期間が違っているということで、理事長も期間についてご意見をおっしゃられたというふうに賜りましたが、私も同じ意見です。どうしても標準報酬でいきますと、下がりますよね。28万円か現等級の低いほうということの条件付いておりますから、当然、60万円の方でも28万円に下がってしまうというのが、今の制度ですから。健保組合にしても協会けんぽにしても、任意継続被保険者と加入者との間では2割の差が付くというのは、これはやむを得ないと思います。ですが、そこをどこで調整するかというと、やはり期間ということが大きな要因になってくると思います。

よく聞きますのが、ご退職になった場合も、国保の場合は前年度の所得で保険料が設定されるということですから、1年経てば平準化するというふうに考えますと、最低1年ないし、ここにあります1年2か月ぐらいというので十分ではないか、というふうに思いますので、そういう方向でぜひ推し進めていただきたいと存じます。以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。

先ほど説明は飛ばした特定健康保険組合ですね。これは、どんな議論がなされたんでしょうか。

お願いします。

○小澤企画部長：特定健康保険組合について、議論を簡単にご紹介させていただきます。資料のほうをまずご説明させていただきます。お手元の資料 1-2 の 4 ページをお願いいたします。

今、特定健康保険組合というのは、こちらの 4 ページの図のところにございますように、被用者保険に入った方、この方が退職すると、本来であれば、その後ほかの被用者保険にいかない限りは、国保にいくということになるんですが、例えば、永年、企業に貢献した OB に対して報いる、あるいは保険給付と保健事業を行うために、効率的な医療費適正化ができるということで、一部の組合が大臣から特定健康保険組合ということで、承認を得て、それで退職後も引き続き、同じ健康保険組合にすることができるという制度になります。

5 ページのところにございますように、特定健康保険組合の数と加入者を見ますと、数自身はグラフにありますように減っていますが、加入者は伸びていて、その年齢構成も、70 歳以上が加入者に占める割合というのが増えてきていると。要するに、加入者が高齢化しているという現状があります。

6 ページをお願いいたします。一人当たりの標準報酬月額と、一人当たりの医療給付費を比較すると、報酬月額は当然、特例退職被保険者のほうが 3 割、約低くなるのに対して、医療給付費のほうは、一人当たり約 3 倍と。この 6 ページの下のグラフにあるように、全加入者が 11.2 万円というのが一人当たりの医療給付に対して、特例退職被保険者、特定健康保険組合に入る退職者というのは 31 万 6,000 円ということで、高くなっております。

こうしたことを踏まえまして、7 ページのところにありますように、見直しの論点としては、こちらの①にございますように、標準報酬月額の算定方法。今は、これはその組合の標準報酬月額の平均の 2 分の 1 の範囲内で、規約で定めるとなっています。ただ、この標準報酬月額の算定方法に関して、保険者の裁量を拡大する方向で見直すことについて、どう考えるか。それから、「特例退職被保険者の新規加入について」。これは今、どういうことかといいますと、特定健康保険組合が大臣認可の取消を求めることはできるんですが、その場合に移行措置が存在しないので、仮にもし、これの取消をした場合に、ほかの組合に存続することができない、という問題があります。これを特定健康保険組合が新規加入を制限できるような道をひらくことについて、どう考えるか。こういった議論が、今なされているという現状になります。

以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。

そういう議論がされているわけですね。

ほかにはいかがでしょうか。ご質問、それから城戸委員から厳しいご意見がございました。協会けんぽそのものについては、やっぱり何ととっても、このところの 2 回よりも、影響

は総報酬制のほうが効くわけですね。

お願いします。

○城戸委員：前回 55、56 回の委員会的时候ですかね。要は、柔道整復師とか鍼灸、それからマッサージとか、そういう業種がどれぐらい増えているかというようなのを、調査して資料を提供してほしい、というようなお願いをした経緯があるんですけど、全然出てこないんですけど。

たまたま今日、福岡の西日本新聞に、「摘発、エステの経営診療所、福大の医師が名義貸し、専門外、月十数万円、全然勤務しないで受け取っていた」と。これなんか、私、ずっと言っているように、不正請求の最たるものじゃないかなと。

そして先日、県の中小企業対策の会議に出たんですけど、そのときに信用保証協会の理事長から、信用保証の中小企業に対する保証額の推移の話があった中に、直近で、すごくサービス業が伸びていると。設備投資が伸びている。最たるものがマッサージ業。これは、信用保証協会がサービス業は伸びていると。私はびんときたんです。サービス業、マッサージ、保険を使えるから、マッサージ業がどんどん設備投資しているんじゃないかなと、私はそう解釈したんですけどね。下衆の勘ぐりかどうかわかりませんが、的を射ているんじゃないかなと。

だから今、マッサージ業もどんどん、窓口では何百円かしかももらわないで、7割は保険請求してきて、利用者は毎日でも気持ちがいいから行くというような、今。だから、その推移を、やっぱり把握しておかないと。窓口でほとんどただみたいなの 100 円、200 円、300 円ぐらいしかもらわずに、その上、7割は保険請求してくるのなら、そっちのほうも 3割負けてもらって、支払ったらどうですかね、そういうマッサージ業のレセプトの請求に対して。患者でそのぐらい負けるのなら、協会けんぽでも負けてもらってもいいんじゃないですか。

○田中委員長：どうぞ、企画部長。

○小澤企画部長：まず、マッサージあるいは柔整の最近の給付費と、それから柔整師については、ちょっと数字を、出せるものについて、次回、出させていただきたいと思います。

ただ、実は私、以前、ちょっと個人的な経験で申し上げます。以前、厚生労働省の医政局医事課というところで、まさにマッサージ師あるいは柔整師を担当していたわけですが、このときに、実は今、マッサージ増えているといいましても、一つ問題がございます。いわゆる資格のある方、資格のない方、それぞれが、実はマッサージと称する業をやっている、それでかなり、特に資格のある方から、「資格のない方がやっているのが増えてる」という、非常に批判があったということですんで、少なくとも保険を使っているものについては、ある程度、療養費の推移で、出せるものについては出したいと思いますが、全体

の実態は、おそらくそういった、数字に出てこないものも、多分、相当数あるんだというふうに思います。

以上です。

○高橋理事：テーブルの上のこれまでの資料をご覧下さい。それを開いていただきまして、第 56 回運営委員会の資料。ここに平成 25 年度の事業報告書が入っております。よろしいですか。その事業報告書の 62 ページでございます。

62 ページをご覧いただきますと、「現金給付等の推移」と書いてございますが、その表の下のほうに、柔道整復の療養費の数字を載せております。柔道整復師につきましては、平成 10 年から 20 年ぐらいの間に、——これ、ちょっと資料には載ってないですけども——柔整師の養成施設の定員は 10 倍になっています。それを反映して、柔道整復師の資格を持っていらっしゃる方もどんどん増えていきますけれども、ただ、柔道整復の療養費の給付の額としては、最近かなり適正化の努力を続けていまして、この表では 21 年度から 25 年度の 5 か年の給付の推移を載せておりますが、最近の伸びはかなり止まってきています。だんだん伸びが小さくなっている、ということであります。

あと、柔整師のほかに鍼師と灸師がございまして、鍼師・灸師は平成 10 年から 10 年ぐらいの間に、やっぱり養成施設の定員が 10 倍近くになっています。ただ、マッサージ師の養成施設の定員はあまり増えていなかったと思います。

それからマッサージの場合は、柔道整復の場合ほとんど保険適用であることに比べると、マッサージは保険外がかなり多いんで、柔整ほどではないというふうには見ております。

○城戸委員：この場合、大阪か何かの資料が出ましたよね、この委員会で。伸びが急激でしたよね。それで、大阪で摘発されたのが、病院の先生が数十箇所の、要するに決裁というか判を付いて、数十箇所の鍼灸院を見ていたと。それは要は、医者の方箋で処方したという、逆算すれば、そうじゃないんですか。本来だったら、処方箋があって初めて治療できるけど、その逆をいつているんじゃないですか。

○高橋理事：個別のケースは私もちょっと存じませんが、鍼灸師やマッサージ師が保険適用で鍼灸あるいはマッサージを行う場合には、医師の了承が必要になりますので。

○城戸委員：だから、そうなんですけど、それに判つき医者がいて、その人が数十箇所の鍼灸院の方箋にサインをしている、というような感じで、摘発されておりましたよね。だから、事後報告みたいに、処方箋の後で治療するのならいいんですけど、治療の後に先生が認めるケースというのが、ものすごく多々あるような……。

○高橋理事：事後承諾は、制度的にはあり得ない話ですんで、それはまさに不正そのもの

だと思えますけども。

○城戸委員：いやいや、そういう形態にほとんどなっているんじゃないですか、今。そこを調査してください。

○高橋理事：そこはちょっと私も、すべて実態を知りませんが、普通は事前承諾というふうに理解しております。

○城戸委員：わかっていますよ、それは。

○田中委員長：城戸委員の問題意識は、赤字企業でも所得の低い方からも保険料を徴収している、その保険料は大切に使われなくてはならない、不正などはあってはならないとの強い問題意識だと思います。

○城戸委員：たまたま今日の『日経』の新聞に、「創立 100 周年記念。鍼灸・マッサージ、保険がきくように全国的に取り組む」となっています、運動方針として。全国的に取り組むって、そうなったときの保険請求、どのくらい協会けんぽに来るかなと思って、心配しているんですけど。

○田中委員長：問題意識を共有して、然るべきときには調査などもちゃんと行ってください。ありがとうございます。

ほかに保険について、よろしゅうございますか。医療保険部会に関しては、ここまでいたします。

議事 2. 平成 27 年度保険料率に関する論点について

○田中委員長：次に、「平成 27 年度保険料率に関する論点について」。毎回議論していますが、今回も論議いたします。事務局から資料が提出されているので、説明をお願いします。

○小澤企画部長：お手元資料 2-1、それから 2-2 をお願いいたします。「27 年度保険料率に関する論点について」の資料と、それから資料 2-2 のところで「支部評議会における主な意見」、これをご紹介させていただきたいと思います。

まず、お手元の資料 2-1 をお願いいたします。「27 年度保険料率に関する論点」として、ご議論をお願いしたい事項になります。まず 1 番目の、前回から変えたところにつきましては、下線部を引いております。1 番目の「制度改正」の部分については、特段、修正はしておりません。

次に、2番目の「27年度保険料」については、27年度の保険料をどう考えるか。これにつきましては、※のところにありますように、「これまでの運営委員会の議論及び評議会の意見では、平均保険料率 10%維持を求める意見が比較的多い」という記述を加えさせていただきます。

次に、1枚めくりまして2ページ目をお願いいたします。激変緩和措置の部分についても記述を加えさせていただきました。ただし、この記述につきましては、この後ご説明申し上げます、本日加えました、いわゆる試算によるものを根拠に、この記載を加えておりますので、3ページ以降を先に説明させていただきたいと思っております。まず3ページをお願いいたします。3ページから7ページまでは、前回提出させていただいた資料でございますので、これのおさらいを最初させていただきたいと思っております。

まず「協会けんぽの都道府県単位保険料率の設定のイメージ」が3ページのところで、これは従前、政管健保の時代は全国一本の保険料率であったものを、協会になりました21年9月から、各支部の医療費の年齢構成と所得、これを調整した地域差を反映させる保険料率の仕組みに変えています。これが都道府県単位保険料率ということで、具体的な保険料率が、1枚おめくりいただきまして4ページと5ページのところになります。

4ページのところが、全体の棒グラフで示したイメージ、5ページのところが、実際の料率の数になります。最高は佐賀県の10.16%、最低は長野県の9.85%になります。ただ、現状におきましては、佐賀県の先ほどの、例えば佐賀県ですと、先ほどの所得、年齢調整した後の医療給付費の差を反映した料率ですと、実際にはこの10.15より高い数字になります。今は激変緩和措置ということで、その平均と各都道府県の料率の乖離幅を2.5/10つまり4分の1に調整するという措置が行われております。これは32年3月までの間の激変緩和措置として位置づけられております。

もう1枚おめくりいただきますようお願いいたします。6ページです。6ページと7ページ。まず6ページになります。ただいま申し上げました平均と、各県の料率の格差を縮める激変緩和措置あるいは激変緩和率につきましては、一定の設定のルールがございます。これは現行の健康保険法施行令で定められておまして、ある年度の激変緩和前の保険料率に対して、激変後の全国と平均の差。これはN年度の方ですが、これにまずN年度においては、その年度について厚生労働大臣が定めた激変緩和率を掛けて、算定するわけです。ただ、これが次の年度におきまして、例えば最高の料率の支部の医療給付費が下がる等の要因により、全国平均と最高の料率の格差が縮まるということになりますと、同じもし激変緩和率を適用すると、その差がさらに縮まります。ただ、今の健康保険法施行令付則では、そうしたことで、格差が縮まらないようにということで、もし前年より縮まるようなことがあれば、縮まらないように激変緩和率を設定しなければならない、というルールが設けられております。

それから、7ページのところをお願いいたします。7ページが「都道府県単位保険料率の精算について」ということで、さらに今の激変緩和措置のほかに、料率を算定するにあた

って考慮しなければならない「精算」という要素がございます。7 ページの 1 番のところで「精算の内容」とありますが、まず「2 年度前の支部別収支に基づく精算分」ということで、これは都道府県単位保険料率は今 2 年度前、つまり例えば 25 年度であれば、23 年度の医療給付費を実績をもとに推計しております。そのため当然、実績との差は出てきますので、その実績との差額を、25 年度の場合は 27 年度に精算する、ということで仕組みが設けられております。それから②として、保険料率凍結に伴う分、これは 25 年度と 26 年度になりますが、都道府県単位保険料率を 24 年度と同じように凍結できるように、凍結維持するために、各支部に準備金を取り崩して、収入とみなして充てました。ただ、その額は本来の総報酬按分の取崩し額と異なりますので、それは 2 年後に精算する、ということで決めてありました。この結果、27 年度の都道府県単位保険料率を算定する際の精算すべき要素としては、一つは 25 年度の支部別収支に基づく精算分、それから 25 年度の都道府県単位保険料率を凍結したことに伴う精算分、この 2 つを精算することとなります。

もう 1 枚おめくりいただきますようお願いします。8 ページから 10 ページまでが、今回新たに提出させていただく資料になります。激変緩和率について、最高の料率のところを基準に、いくら以上にしなければならないかと決まりがありまして、その具体的に佐賀支部に該当します。佐賀支部の料率についてのごく粗い試算ということで示させていただきました。8 ページのほうがそのイメージ図、9 ページのほうがその説明になります。この 2 つを見比べながら説明させていただきたいと思います。

まず、26 年度の料率の算定方法としては、この下のところにありますように、佐賀の激変緩和前の医療給付費分、1 号都道府県単位保険料率ですが、医療給付費分の料率は 5.99% でした。この 5.99 と全国平均の料率の乖離は、これは 0.69% になります。これに 2.5/10 を掛けますと、全国平均との格差は 0.17% に圧縮されます。これに全国平均の料率 5.30 を加えますと、佐賀の医療給付費分の料率というのは 5.47% になります。さらにこのほかに共通料率ということで、この B の部分。8 ページと 9 ページの B の部分になりますが、共通料率というのは、この現金給付、それから前期高齢者納付金、後期高齢者支援金の必要な料率になります。共通料率は本来であれば 4.78% になります。ただし、10% に凍結するために、26 年度は準備金を取り崩して収入を充てるということにいたしました。そのため、共通料率は 4.70% になります。この部分で精算前の料率が定まる、この A と B で精算前の料率が定まります。そして 26 年度は精算を実施していました。まず 2 年前、24 年度の医療給付費分 0.01% 分、これを精算しております。さらにこれを足しますと、全体では、この A と B と C を佐賀に足しますと 10.18% になりますが、26 年度は、前年度都道府県単位保険料率を凍結するということがございますので、同一とするための必要な分として、0.02% 分、余計に準備金を充てることによりまして、佐賀の料率を 10.16%、24 年度と同じ数字にしていました。これが 26 年度の算定方法になります。

次、27 年度どうなるかということ、26 年 7 月の収支見込みの試算ベースで、これで粗い推計を行ってみました。それがこの 27 年度という部分になります。まず、佐賀の激変緩和

和前の料率は 5.94%になります。全国の医療給付費分の平均の料率は 5.29%ですね。この差 0.65%に対して 2.5/10 で圧縮すると、その差は 0.16%ということで、前年の 0.17 よりも少なくなります。そのため、激変緩和率を掛けた後の格差が 0.17 以上になるためには、2.7/10 以上に激変緩和率を設定する必要があります。この 2.7/10 を掛けた場合の新たな乖離幅を加えた佐賀の医療給付費分の必要な料率は 5.46%ということになります。共通料率の部分につきましては、本来であれば 4.61%になりますが、協会の赤字財政構造のもとで、できる限り平準的な保険料率となるようにするためには、共通料率を 4.71%にすることによりまして、平均の保険料率の 10%維持が可能となります。この 10%維持が可能ということで試算いたしますと、4.71%、5.46%加えたものが、精算前の佐賀の料率。これはいずれも 10.17%になりますので、これは精算前の料率はこの計算により、同じになります。ただし、さらに佐賀の場合は、2 年前の医療給付費分の精算分 0.01%、それから 25 年度の医療保険料率凍結に伴う精算分 0.01%を合わせまして、若干、端数処理が出てきますが、全体で合わせますと 10.19%というのが、来年度の、仮に激変緩和率が 2.7/10 とした場合の佐賀支部の料率となります。

ほかの支部につきましては、それぞれ「黒丸●支部」のところにありますように、例えば 2.7/10 にした場合の算定方法が、この 9 ページの「黒丸●支部」の列の部分の計算方法になります。

10 ページをお願いいたします。10 ページが 2.7/10、3.0、3.5 とした場合の激変緩和率について、それぞれ料率の見込みを、ごく粗い試算を示したものです。この 2.7、3.0、3.5 としたものは、まず 2.7 につきましては、精算前の最高料率と全国平均との差を維持する場合の最低の値としての 2.7/10 になります。3.0 と 3.5 としたのは、現状の激変緩和率が 2.5/10 でございますので、それからこれまでの激変緩和率の上げ幅の前例は 0.5 か 1.0 になります。このため、2.5 に 0.5 を足した 3.0、それから 2.5 に 1.0 を足した 3.5、それぞれについて数字を示させていただきました。この場合の最高料率となる佐賀につきましては、2.7 の場合、ただいま申し上げた 10.19%、3.0 の場合は 10.21%、3.5 の場合は 10.24%ということで、それぞれ 0.03、0.05、0.08 の上昇となります。

他方、他支部の現在からの変化分は、一番下がるところで▲0.08%、2.7/10 の激変緩和率の場合、一番下がるところで 0.08%下がるのに対して、他方、一番上がるところでは 0.07%上がる、ということが見込まれます。なお、この上がるところ、下がるところについては、必ずしも平均より高い、あるいは平均よりも低いから上がる、下がる、という一様の傾向を示すわけではございませんで、例えば 2.7/10 の場合に、一番料率が上がる 0.07%上がるという支部は長野支部ということで、今、現状で料率が最も低い支部のところ料率が一番上がるという結果が出てきます。

一番下の行のところは、32 年 3 月までの、1 年あたりの激変緩和率の引上げ幅です。仮に 27 年度、それぞれ激変緩和率の引上げ幅を 0.2、0.5、1.0 とした場合の残りの引上げ幅が、この下の行にあるように、当然これは来年度、引上げ幅が小さければ小さいほど、さ

らに残りの年度での引上げ幅が大きくなる、1年あたりの引上げ幅が大きくなる、という見込みになります。

こうしたことを踏まえまして、もう一度、2ページに戻っていただきますようお願いいたします。2ページでは、ただいまの試算をもとに、激変緩和措置について記述を加えさせていただきました。まず、「27年度の激変緩和措置についてどのように考えるべきか」。激変緩和率をどう考えるかということで、この※のところ、まず2つ目の※のところですが、「最高料率となることが見込まれる佐賀支部について、精算分を除いた保険料率を変動させないための激変緩和率は2.7/10の見込み」とさせていただきます。「精算の結果、佐賀支部の保険料率は若干上昇する見込み」です。

次の※のところに加えて記述した「仮に、27年度の激変緩和率の拡大幅を0.2/10、0.5/10又は1.0/10とした場合、28年度から激変緩和措置終了の31年度までの拡大幅はそれぞれ1.9/10、1.8/10又は1.7/10」ということで、先ほどの10ページの表に書かせていただいた記述を、こちらの論点にも記載させていただきます。

それから、2ページ目で、同じく下の激変緩和措置の2つ目の○のところの※3つ目です。「激変緩和率の拡大を行った場合、都道府県ごとに医療給付費等の変動状況が異なることや精算により、27年度の都道府県単位保険料率が、前年度より上がる支部と下がる支部、両方が存在する見込み」ということをございます。

4番目の「変更時期」については、これは記述は特に変えておりません。

引き続きまして、資料2-2をお願いいたします。資料2-2は27年度の保険料率に関しまして、ただいまの論点、修正前にはなりますが、修正前の論点メモをもとに、各支部におきまして、議論をお願いした結果をまとめたものになります。意見の詳細とは別に、一応、全体の傾向だけご説明させていただきたいと思えます。

まず1番目の「制度改正について」というところで、まず国庫補助率につきましては、これは20%に引上げを求める意見が当然多くなります。それから高齢者医療制度につきましても、公費投入の拡充あるいは後期高齢者支援金の総報酬割の導入というものを求める意見がございます。その他意見につきましては、例えば現金給付の見直し、こういったものについての意見がございます。

次に2の保険料の部分です。まず27年度保険料についてどう考えるか。これは先ほどの2-1の論点に対応しますが、これについては、「保険料率を維持する」という意見が、全体でいけば32支部ということで、これが最も多くなっております。一部、3支部が「保険料率を下げる意見」がある。さらに、料率を下げる、上げる、両方の意見を出してきている支部もございます。

3番目の「激変緩和措置について」でございます。まず「27年度の激変緩和率について」は、3番目の黒丸●の下のとこにありますように、「激変緩和率を2.5/10より大きくする意見」が16支部、「激変緩和率を2.5/10で維持する意見」は12支部ということで、激変緩和率を2.5/10より大きくする意見が多くなっております。

他方「仮に平均保険料率が維持された場合の都道府県単位保険料率について」は、「都道府県単位保険料率の変動を容認する意見」が4支部、「都道府県単位保険料率を維持する意見」が12支部という状況になっております。またそれ以外の支部も、それぞれ「意見なし」のところを含めて、30支部ということになります。

4番目「保険料率の変更時期について」は、これは「4月納付分からの改定が望ましい」とするところが、数としては圧倒的に多くなっております。

あと、5番目のところは「その他」ということで、「準備金の取扱いについて」と、それから財務省試算への、これは主に反発がありますが、こういったものに関する意見がございます。

一応、これは今回の運営委員会に間に合うかたちで意見を提出してきた支部の意見をまとめております。今後でございますが、次回12月9日もございます。今回、この運営委員会にも、当方よりあらためて「ごく粗い試算」ということで数字を示させていただいておりますので、こうした試算をもとに、もし追加的に各支部の評議会から意見が出てくる場合は、次回の運営委員会に提出されてきた意見を、あらためて追加で提出し、ご説明を申し上げたいと思います。以上でございます。

○田中委員長：大変複雑な計算の方法について、説明をありがとうございました。

今の資料2-1で言うと、9ページが、一番わかりやすいかどうかは別として、相対的にわかりやすい図柄ですね。このうちABCD、これらは法定です。協会が動かせるものではなくて、我々は今ここで議論できるとすると、10ページにある激変緩和率について、つまり32年までずっと止めておくか、それとも少しずつ上げていくかは、ここで議論するけれども、精算分とか、Aで言っていることなどは、法律で定まっている。それからBの、保険料率を毎年細かく調整するか、中期的に考えて、来年も10%にするかどうか、この緑色の部分には影響してくる、との説明でした。

もし何かご質問があれば、ご質問を先に優先しますし、その後、激変緩和率、保険料率について、委員の方々からご意見を承りたいと存じます。先に質問を優先しましょうか。

どうぞ、埴岡委員、お願いします。

○埴岡委員：質問なのか意見なのか、微妙なんですけど、全体の議論に関わることなので、最初にご質問いたします。

今日のこの議論をするにあたって、大変重要な資料が、資料4の2ページだと思います。これに触れておく必要があると思います。

私たちのこれまでの議論は、資料2-1の2番の下線部が引いてあるところのように、26年7月試算を踏まえて考えてきました。その際、来年度は単年度収支で見て、0.1%程度の保険料率値下げ力があっても、保険料率をあまり煩雑に動かさないということであれば、全体バランスとして「保険料率維持」という案が主軸になるのではないかと、という考え方

をしてきたわけです。しかし、それに関しての考慮すべき情報が変わっているのか、いないのか、というところを確認しておく必要があると。

その意味で、資料4の2ページの「26年9月実績（速報値）」の標準報酬月額のところ、この数字が大きく上がっているというふうに見える。これをどのように考察するかということが、大事になってくるんじゃないかと思います。

そこで質問です。資料1-2の27ページのグラフが、これを考える際に、今日出ている資料では参考になるのかもしれませんが。もっと良い数字があるかもしれませんが。今年度、足元、1,600億黒字が出て、リザーブが8,600億になるというのが、26年7月の試算だったわけです。しかし、今見たような標準報酬月額の上がり方を見ると、26年のこの数値がどう変わると思われるのか。1,600億の黒字がいくらに増え、8,600億のリザーブが、場合によっては1兆円を超えてくるようなことが、どれぐらい起こり得るのか。27年度の収支予想がどのように変わってくるのか、というところをお聞かせ願いたいです。

仮に平成26年度の単年度収支が1,600億の黒字ではなく、3,000億といったような数字になってきたり、リザーブが1兆に近くなってきたりして、27年度もその流れで、黒字が800億ではなくて1,600億あるいは2,000億ぐらい出てくるようになると、考え方によりませんが、単年度収支だけで考えても、場合によっては、保険料率を0.1ではなく、0.2や0.3ぐらい下げられる可能性が出てきます。あるいはリザーブを法定準備金の水準に維持するという考え方をすれば、26年度に余剰がたくさん出た場合は、27年度は、例えばリザーブを法定準備金程度にして、単年度では赤字予算を立てるという考え方もありえます。そうすると、場合によっては、保険料率を0.3あるいは0.4ぐらい下げられる余力があるんじゃないか、というような考え方が出てくる可能性があります。質問は、この9月の標準報酬月額の数値を見て、どのように予想が変化しているか。あるいは、今後も上触れ、下触れがあり得ると思いますが、どのぐらいの幅で考えられる状況なのかと。その辺をまず伺って、その先の議論をしたいと思うんですが。

○田中委員長：お答えになりますか。お願いします。企画部長、どうぞ。

○小澤企画部長：まず、たしかに、後ほど申し上げますが、26年9月の実績、これは対前年同月比でいきますと、後ほどご説明、資料4のところの説明で申し上げます28万444円というのは、対前年同月比で0.9%上昇になります。

これの影響でございますが、ただ、この影響というのは、半年分の効果になりますので、26年4月から9月までにつきましては、基本的に対前年で従前使っていました0.3%という数字がベースになります。なので、この0.9というのは、いうなれば、26年度の黒字幅の影響としては、半年分の効果が出ます。半年分の増収要因となります。

他方、委員ご質問の年度収支への影響でございますが、この年度収支につきましては、収入と支出、両方で見en必要がありますので、直近の医療給付費の動向あるいは収入がど

う伸びるかということを含めて、年末の予算に向けて試算をしている状況でございます。
以上です。

○田中委員長：埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：もちろん結果的にずれる可能性もあると思うんですけど、この 1,600 億の数字がどうなるのか、現状でいくらぐらいの見通しを中心に考えてらっしゃるか、額を聞くことは可能ですか。

○田中委員長：確定の数値ではないけど、幅はあると思いますが、いかがですか。

○小澤企画部長：すいません。この 0.9 という数字が入ったのは、我々も本当に最近ですので、まだ具体的にどのぐらい上がるかという数字までは、確たるものは持っていません。おそらく、委員ご指摘のように、伸びるだろうということは言えるんだと思いますが、それがどれぐらい伸びるかとはまでは、私どもとしても、まだ確たる数字は持ってないのが現状です。

○田中委員長：どうぞ。

○埴岡委員：伸びる規模感としては、数十億単位ではなく、数百億とか 1,000 億単位になる可能性も、あるんでしょうか。

○小澤企画部長：単純に言いますと、例えば協会の保険料収入が、だいたい年間 8 兆円から 7 兆円ぐらいですので、その 1%ということに相当すると、例えば報酬が 1%増えると 800 億円の増収になるわけです。ただ、この場合、ちょっと先ほど申し上げた、半年分の効果になりますので、それが例えば増収分。単純に言いますと、例えば 400 億とかの増収になるというかたちになります。ただ、それは 1%の場合ですんで、この場合は 0.9%。そこは年単位でどう効果を見るかというのは、ちょっと詳しく計算してみるまで。

ただ、今それは収入面の話ですんで、さらに支出面どうなるか、それを見た上で最終的な収支が確定するということになります。

以上です。

○埴岡委員：だいたいの規模感なり影響度感というのはわかりました。ご説明、ありがとうございます。

○田中委員長：確認いただいたおかげで、だいたいのイメージが湧きました。そういう中

で今後、保険料率を来年度どうするか、それから激変緩和率をどうするかについて、議論をしなくてはなりません。

ほかに質問はいかがですか。

私はクラスでいつも「質問がないとは、全員が理解したと私が理解する」と言うことにしています。よろしいですね。一回の説明で理解できなかったことはちっとも恥ではなくて、こういうとき、チャンスですから。聞けばいいだけの話です。

どうぞ、高橋委員。

○高橋委員：すいません。ありがとうございます。理解してない部分があるので、質問なんですけど。

佐賀の状況というか試算といたしますか、それは非常によくわかりまして、あと 9 ページのところにありますように、粗い試算でも、ずいぶん都道府県によって違う、という話がありました。4 ページにそれぞれ 26 年度の保険料率ということで、激変緩和を施した中で、ということであるんですけども、ここが全国的に次の試算の場合は、保険料率が上がるころのほうが多くなるのか、この傾向とどんなふうに変わってくるのかというのが、ちょっと、もしわかれば教えていただけたらなど。

○田中委員長：企画部長、お願いします。

○小澤企画部長：すいません。正確な数は、ちょっとここで、数えてないんで、傾向だけで申し上げますと、この現在からの変化分というのは、基本的には精算なり医療給付費の総体的な影響で動きますんで、全体では、実はほぼ、合わせるとゼロになるというのが基本になりますので、イメージ的には、半分が上がって半分が下がる、というのが大まかなイメージになります。

ただし、それは当然、数によっても変わってきますので、若干その数字は前後するかたちになります。その上で、ちょっと先ほど申し上げましたように、傾向としては、こういった一般的な傾向があるというよりは、それぞれの各支部に応じて医療給付費がどう変動したか。それから、精算がどのような影響があるか。それによって各支部それぞれの効果が出ますので、この点については一様な傾向は出ない、ということだけ申し上げておきたいと思います。

以上です。

○田中委員長：トータルではだいたいニュートラルになるけれども、県によっては、精算分が大きかったりすると大きく動くし、あまり変わらなければ変わらない、との説明でした。

○高橋委員：ありがとうございます。

○田中委員長：森委員、お願いします。

○森委員：今の田中委員長のお話だと、そうすると、これは例えば、これで都道府県で医療計画が進んでいくと、この格差というのは、だんだんなくなっていくというふうに考えていいですか。先ほどおっしゃった、佐賀が今現在は突出しているけれども、これはたまたまいろんな要因があって、診療提供体制が潤沢にあるというようなことで、どんと上がってくる。しかし、例えば一番低い長野でも、おそらく次の医療計画の中で、当然、中核病院を含めて、いろんな意味で医療資源がどんどん豊富になってくれば、これは上がると考えてよろしいんですか。

○田中委員長：伊奈川理事、お願いします。

○伊奈川理事：非常に重要なご指摘をいただいたと思っております。まさに、なぜこういう差が付いているのか、ということとも関わると思うんですけど、今日の資料の2-1でいきますと、私どもの今の調整の仕方というのは、3ページにありますように、年齢要因と所得要因というのは、調整をした上で格差が生じているということは、まさに地域差ということで医療費が反映されているということですので、ここはもちろん受診行動ということにも関わりますし、また医療提供体制ということにも関わりますので、一般的な医療に対する理解の仕方とすれば、やはり医療の密度が高い地域であれば、医療費が上がる傾向があるということですので、今後、医療に関しては、保険者協議会あるいは医療ビジョンというようなところを通じて、私ども保険者としても意見を言い、関与していくことができれば、そういった面でも均霑化されていく可能性はあるというふうに考えております。

○森委員：もう一つ。

○田中委員長：どうぞ。

○森委員：その関係でいくと、今、理事がおっしゃった年齢あるいは所得というのは、やはり、これはある面では、地方の産業とか構造とか、いろんなようなことを含めて、だんだん東京へというんですか、大都市へ人が吸い寄せられてくる。そうすると、そのほうが、当然、所得とか。逆に地方のほうが、年齢的にはだんだん高齢化が、速度が速くなってくる。それから、所得も当然、やっぱり頭打ちになってくると。そうすると、この年齢と所得という2つの要因というのは、ある面では地域によってすごく大きな変動要因になってくるんじゃないかというふうに。医療の提供体制は、おそらく医療計画で進行してい

けば、潤沢になると。今まで過密なところはどうなるか知りませんが、いわゆる潤沢でなかったところが、さらに潤沢になっていけばというふうに考えると、この幅というのは、逆に言うと、大きくなるような感じがするんですけど、どうなのでしょう。ちょっと、私の考え方が違っているかどうか知りませんが。

○田中委員長：調整前の幅は大きくなりますよね、年齢と所得によって。
どうぞ、説明してください。企画部長、お願いします。

○小澤企画部長：直接、今の委員のご質問に当てはまっているかどうか、わかりませんが、今回、次回の医療計画あるいは今回の医療計画の中で、厚労省のほうでは、「地域医療ビジョン」というのを策定すると。そこでは、2025年のあるべき医療の姿あるいは必要な給付医療の量に基づいて、その量を推計して、それでその計画をつくるということで、今されています。もし仮に、その推計が各地域一様であれば、その差は縮小する方向に進むでしょうし、逆に地域差を残して推計をするということになれば、その差は縮まらないと。一般的な傾向としては、そういうことは言えると思います。

ただ、これはまさに今後、各地域でどういったかたちで医療計画あるいは地域医療ビジョンをつくっていくか、ということによるんだと思います。

○田中委員長：埴岡委員、どうぞ。

○埴岡委員：すみません。先ほど質問した際に、意見をまとめていませんでした。保険料率引下げ余力が0.1程度でしたら、料率を動かさないことに賛成します、というのが私の意見です。ただし、保険料率の引下げ余力が、仮に0.3とか0.4発生してくるならば、下げることにも有力候補として考えなきゃいけないんじゃないかというのが、私の意見です。それを言い忘れておりました。

○田中委員長：そうした保険料率に関する事、そして激変緩和率を10分のいくつにするか。少なくとも2.7には上がるわけですね、2.7/10には。これは制度上、自動的に上がる。それを2.7にするか3.0にするか3.5にするかは、チョイスの話です。

どうぞご意見を今一つ。埴岡委員から、保険料率について、ある程度、収入、収支が予想より上回れば、下げることの一つの検討すべき候補の一つになるのではないかと、言っていたいただきましたが、ほかの委員の方々、いかがでしょう。

森委員。

○森委員：激変緩和率の問題で、これは先ほど城戸委員がおっしゃったような、いわゆる過去のいろんなことから、例えば国保組合の問題でもそうなんだと。そこに政治は別とし

まして。そういう歴史があつて、たまたまそういう現状になっていると。この激変緩和率の問題も、これはやはり、どこかで是正をしていかないと、トータルとしては。今の段階ではまだ、例えば所得水準の問題とかいろんなことあるかもしれないけど、どこかで。そうすると、その上げ幅、今、委員長がおっしゃったように、2.7/10、それが例えば、次の段階には、だんだんそれがきつくなってくるということで、これは早く手を打っていかないと、大変なことになるのではないかなというふうに。どこかで最後のつけが来るもんですから、その辺の考え方だけは入れておかないと、いけないのかなというふうに思います。

○田中委員長：ありがとうございます。

現在の法律が変わらないと、32年度に変えなくてはならない。最後、10/10にしないといけないのですね。

○城戸委員：32年までにしないといけないのだけど、利益の先食いするような話であつて、どこかでしわ寄せがきますよね。

○田中委員長：今日はまだ結論を出す会ではありませんが、どうでしょう。先ほど埴岡委員から出ましたように「こういう可能性も考慮すべきである」ぐらいしか、今日は言えないと思いますが。

石谷委員、お願いします。

○石谷委員：今、ご説明を伺つておりまして、率直なところでいきますと、下げることができるのであれば、当然、加入者、事業主の立場からいきますと、下げてほしいというのが切実な要望です。私自身もそう思います。ただ、やはり中長期的なビジョンであるとか、いろんな諸般の事情を考慮した場合はどうかというのが、重要な問題だと思いますので、そこら辺は非常に精緻に検討していただきたいと思います。感覚的に言えば、本当は絶対に下げていただきたいです。ずっと上がってきて、ここのところ足踏み状態であつたというだけのことでございますから、協会けんぽ以前の料率等々と比較するのはいけないですけど、やはり加入している者にとっては、同じ感覚です。そこらからいきますと、下げていただくというのは、重要なファクターであると思っております。

それから、今、激変緩和についてご意見ありましたけれども、やはり32年で終わるといふことがわかっているのであれば、加入者の立場からいきますと、ある程度平準化したかたちというのは、少なくとも望むところではないかと思つています。その辺をどうお考えになるか、ということではないかと思つています。

以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございます。

高橋委員、お願いします。

○高橋委員：保険料率と激変緩和措置について、直接的な意見というのは、ちょっと今日のところ持ち合わせていないので、もう少し考えさせていただきたいなと思うんですけども、前回も述べたと思うんですけど、やっぱり支部単位に健康増進とか、そういうところに非常に努力をされているというような、そういう努力を、どう適切に評価をするのかということも、やっぱり考え方としては踏まえておかななくてはいけないのかな、というふうに思っております。

また一方で、先ほど言われましたけど、年齢構成等々もあって、地域の医療提供体制等の偏在や医療費の地域差というものを、これもまた然りというこの状況について、支部としてどんな働きかけができるのかなというようなことも、やっぱり考えざるを得ないのかなと思うんですけど、ここに前回から、新しく支部のそれぞれの意見というのがありますように、うちの連合傘下の地方連合会からもいろいろ意見はいただくんですけども、やっぱり様々なんです。だから、一様に「これ」というところはなかなか難しいかなというふうに思っております。論点についての直接的な、今日は意見というわけではないんですけども、やっぱり都道府県のこのような違いといいますか、そういったところ。一つには、例えば医療費の差とか、こういったところも、しっかりと、どういう違いがあるのかということ、しっかり分析をしていくということが必要だろうというふうに思いました。

すいません。以上です。

○田中委員長：ありがとうございます。支部の意見がこのように挙がってくるのは大変良いことで、これを私たちは読んだ上で、最終的には、全員が何らかの意見を表明しなくてはならないですね。今日じゃなくてもいいですが。

保険料率を下げると、算数の上で言うと、激変緩和率が上がるのです。

○小澤企画部長：保険料率の差は、平均と最高の差ですので、平均が下がること自身が、即、激変緩和率の算定に影響を及ぼすわけでは、必ずしもございません。

○田中委員長：法律で決まっているのは、差を決められているだけですか。

○小澤企画部長：そうですね。差のほうです。差のほうで決めるというのが、施行令で定まっております。

○田中委員長：もし平均が下がっても、自動的に高いところが残るわけではなく、差があれば、高いところは下がり得るんですね、そこは。

○小澤企画部長：そこはあくまで相対的な比較になります。

○田中委員長：そういう算数だそうです。

それから、当然ながら、保険料率と黒字の関係がります。どちらも厳しいところですが、国保補助の 20%にすることを求めたり、総報酬割を議論したりするためには影響しますよね。どちらにしたほうが政策的に、政治的に得なのか、大変悩むところですが。

○城戸委員：それは、総報酬割にしてもらったほうが、不公平感はないので、いいんじゃないですか。

○田中委員長：協会はそう主張すべきです。そのときに「協会けんぽが保険料率を下げる余力があるならば」とのいう意見を、言われる可能性についての指摘です。協会けんぽとしての主張をおっしゃるとき、それは崩してはならないと思いますし、最後はそこは執行部が判断なさる話ですが、それらを踏まえて、委員としても、我々、別に決定権を持っているわけではありませんが、アドバイザーボードとして意見を言う。

変動率は、いつまでに決めるのですか。

○小澤企画部長：今後の日程でございますが、まず最終的に都道府県単位保険料率を決めますのは、1月の末の運営委員会におきまして、各支部長が評議会に諮った意見を提出していただいた上で、その上で委員会で議論していただいて、決めることになります。

それまでの大まかなスケジュールとしては、政府予算が決まります年末に、概ね平均保険料率が決まりまして、それで次回の 12月9日には、今のところ予定としては、保険料設定にあたっての厚生労働省に対する意見というのをご審議いただく、ということをお願いしたいと考えております。

○田中委員長：だそうです。それまでに何らかの意見を、我々として、別に統一意見でなくてもいいと思うのですが、それぞれが、執行部に伝えられるようにしておかなくてはなりません。

ほかによろしゅうございますか。どうぞ、森委員。

○森委員：先ほど埴岡委員が、リザーブの残高のことをお話しされました。それというのは、ある面では、いつごろわかって、腰だめでもいいんですけど、そういうことによると、それがあある面では、保険料率の問題を含めて、いろんなものに、例えばそれは、財務省との折衝の問題とか、いろんなようなところで影響してくるという、そういう可能性というのは、あり得るわけですか。先ほどの 1兆円のオーダー云々とかおっしゃいましたね、埴

岡委員が。

○田中委員長：人の考え方を推測することになるのかもしれませんが、どうぞ。

○小澤企画部長：先日の10月8日に、財務省が13%でいけるという試算の一つの根拠は、まさにリザーブの額です。もちろん一般的に申し上げますれば、リザーブの額が多くなればなるほど、財務省としては、自らの主張の根拠を得たということに、多分なるんだと思います。

ただし、私ども協会として、財務省の試算に対する反論の根拠というのは、リザーブの額の多寡ではなくて、むしろそもそも試算の前提である賃金上昇率が違っている、あるいはリーマンショック前へ戻す、というふうにおっしゃっていますが、それはバブルに戻すことだとか、そういった別の料簡で一応反論しています。一応、そういう状況だということでございます。

○城戸委員：ちょっと参考的に、いいですかね。

○田中委員長：どうぞ、城戸委員。

○城戸委員：先ほど、マッサージ師の数が10倍ぐらい増えた、という話がありましたね。鍼灸も10倍という。お医者さんの数も、どれぐらい増えているんですか、だいたい。

○田中委員長：企画部長。

○小澤企画部長：ちょっと、数は今、手元に持ち合わせていませんので、よろしければ次回、それも併せて出させていただきます。

ただし、ちょっと一つだけ。養成定員でいきますと、一般的な傾向で申し上げますれば、まずマッサージ師は、先ほど高橋理事がおっしゃったように、これはほとんど増えていません。といいますのは、視覚障害者に対する枠を一定程度確保しなければならないということになっていますので、養成定員があまり増やせないとなっています。他方、鍼師、灸師、これは、そういった歯止めがありませんので、どんどん増えている状況です。柔整師も同じように養成定員は増えています。

医師はどうかといいますと、医師は、ちょっと前までは、医学部の新設を認めない、あるいは定員の増員を認めない、ということが数十年続いてきました。最近、例えば奨学金を必ず義務化するとか、そういった条件に一部医学部の定員が増えていますが、定員は若干増えている、というふうに記憶しております。

○城戸委員：先ほど、負担を下げたらいいんじゃないかという話が、理想的な話があったんですけど、現実には今の診療報酬費が下がるというのは、医者の数は増える、鍼灸院の数も増えていく、マッサージも増えていく、そういう状況下で、やっぱり支出を抑えるというのを、出るのをチェックする機関が必要だと思うんですよ。診療報酬の不正請求というのが、後を絶たないんですよ。奈良の医師が逮捕されたりとか、福岡のほうでも施設基準を水増しして、保険業を取消になったとか。

やっぱり協会も少しは、チェックする機関を、協会自体で持たせてもらえれば、抑止力が働いて、不正請求の数がものすごく減るんじゃないかなと。チェック機関を、やっぱりぜひ、協会が持たせてもらえるような運動をしていくべきじゃないかなと。

私たち商売人は、税務調査というのがあるので、税務申告は適正な納税を、ということに努めていますので、ぜひ。医者は悪いことしないという前提じゃなくて、不正請求を抑制するためにも、ぜひそこらの調査権を、この協会に持たせてもらうこと。これをずっと言っていくべきじゃないかなと。お願いします。

○田中委員長：ありがとうございました。

どうぞ、埴岡委員。

○埴岡委員：今のご発言に関連して。協会けんぽの保険者機能強化のテーマになります。今後、病床機能報告制度などが進んでくると、二次医療圏別に機能別の、2025年をにらんだときの需給のプラスマイナスが出てくると思います。病床機能のみならず、例えば看護職や介護職等の二次医療圏別の将来必要数とのプラスマイナスのギャップなどがわかってくると思います。協会けんぽとして大事なものは、そういう出てきたデータをわかりやすく可視化をして、各都道府県支部に提示をする、あるいは住民に提示をするということだと思います。ぜひ今、企画や研究で考えてらっしゃるところに、そういうものをどんどんやっていただきたい。これまで協会けんぽがお持ちのコストデータは、レーダーチャート等にされていたわけですが、そういう医療資源や行われている医療に関する情報と併せて提示をしていただく。都道府県の医療計画等に保険者参画が始まっていく中で、そういうデータを持って各支部が発言される。県内でも多分一律じゃなくて、こっち側の地域はこれが余っている、こちらの地域はこれが足りない、というようなことがあると思います。そういうことに使えるデータの強化をお願いしたいということ、今のご発言に関連して申し上げます。

○田中委員長：研究調査を通じて、それを広報していく。そして支部に伝えることの大切さですね。ありがとうございます。

ほかに、この資料2についてはいかがでしょうか。よろしいですか。

どうぞ、古玉委員、お願いします。

○古玉委員：先ほど、リザーブのお話がありましたけれども、財務省のほうで 13%に補助率を下げる、というお話がありましたけれども、ここ数年、私たちは赤字、赤字ということで、被保険者もそうですし、事業者も、保険料の値上げということで、ずいぶん、給料は上がらないのに保険料だけは上がるということを、ずっと続けてきたところに、やっと今ここでリザーブというお話が出てきて、少しは潤ってきたなというところに目を付けて、13%ということであれば、とても残念なことですので、協会けんぽとしても、そこは財務省のほうにアピールをしていただきたいなと思います。

○田中委員長：しっかり闘ってほしい、とのご意見でした。ありがとうございます。

○埴岡委員：すいません。

○田中委員長：どうぞ。

○埴岡委員：単純な資料上の問題です。資料 2-2 で、例えば 4 ページに、「被保険者代表」と書かれています。実は、協会けんぽが設立されてすぐに、加入者の自主性を引き出すために、自主自立の運営を進めていくために、法律的な用語で使う場合は別として、できるだけ内部文書的には「被保険者」という言葉ではなくて「加入者」という言葉を使っていきたいと思いますということになっていたのです。忘れられがちになっているので、リマインドしておきたいと思います。

○田中委員長：埴岡委員が運営委員会でそう言われて、「以後そうします」となったことは、私も記憶しております。法律的に提出するような文書と違って、世の中の人に伝えるときには、そのほうがいい。それはこの運営委員会の合意だったと思います。

○城戸委員：一つ、いいですか。

○田中委員長：どうぞ。

○城戸委員：今、リザーブの話があったんですけど、協会が設立したときに 1,500 億、持参金で、最初、設立した経緯がございますよね。そのときに新型インフルエンザとリーマンショックで 6,000 億の赤字を生んだんですよね。だから、これぐらいのリザーブなんかじゃ、そういう新型インフルエンザで吹っ飛ぶんですよ。それを 2%も上げて、それを克服して、現在の積立ができていくというだけの話なんで、やっぱりそこらを忘れてもらって

は困るんですよ。だから、そこは強く言ってもらわないと。これはずっと上げてきた結果10%なんですよ。前は8.2%だったんで、そこが2%落ちているもので、考え方の中で。ぜひ2%を頭に入れておいてもらって、今後も言ってもらおうと。

○田中委員長：中小零細企業の労使を合わせて、1.8%ポイント増の負担をしたから、生まれた。

○城戸委員：そうです。1.8%じゃなくて、福岡、2%ぐらいです。

○伊奈川理事：その点は、強く我々も主張していこうということで、今日、医療保険部会に出した資料、あと、前回のこちらに出した資料でも、その点は強調しております、まさに10%に上げたことによって、中小・小規模企業のそういった努力の賜を、「召し上げる」という、かなり露骨な言葉を使っていますけれども、そういったことで、まさにそういった努力を召し上げるというのはおかしいじゃないか、といったようなことは主張をしませんし、これからも主張していこうと思っております。

○城戸委員：今の災害で、激甚災害だったら国が補助金出すのと一緒で、やっぱり、このけんぽ協会にとれば、本来だったらああいうリーマンショックとか新型インフルエンザは、激甚災害に匹敵するんですよ。だから、それに対して国が、そのとき補填したら、こういう問題はないで、昔の8.2%でよかったんですよ。

○田中委員長：強い応援の意見をありがとうございます。
よろしいでしょうか。

議事3. その他

○田中委員長：では、次に「その他」の報告事項として、事務局から資料が提出されています。説明をお願いします。

○小澤企画部長：お手元の資料、まず3をお願いいたします。資料3は、中医協等の議論の状況でございます。中医協、それから社会保障審議会、医療保険部会、それから介護給付費分科会の開催状況については、この記載のとおりです。なお、先ほど申し上げました患者申出療養につきましては、中医協のこの10月22日、それから11月5日の総会でも、この事項が審議されております。先ほどの患者申出療養に関する資料は、この中医協で説明された資料を、本日の午前中の医療保険部会でも説明した、という状況になります。資料3は、以上でございます。

引き続きまして、資料 4 をお願いいたします。先ほど埴岡委員の質問に一部答えましたが、今回の主要指標のうち、特に報告すべき事項としては、この 2 ページ目「被保険者 1 人当たりの標準報酬月額の実績値」の 9 月改定の影響でございます。この標準報酬というのは 9 月に定時改定を行いますので、通常 9 月に 4 月以降の賃上げ効果が一気に出てくるということになりまして、その状況が直近で 26 年 9 月実績の速報値で 280,444 円。対前年同月の伸び率でいきますと 0.9%ということになります。

ほか、下は関連する主な経済指標ということで、毎勤。それから 4 ページ目が、いわゆる景気指数、それから月例経済報告ということでございます。景気動向指数については、一致、先行、遅行、いずれも下降を示している状況です。5 ページと 6 ページ目、それから 7 ページ目は、ジェネリック医薬品の数量ベースでの使用割合。全国の状況と各都道府県の状況を示したものになります。

以上でございます。

○田中委員長：ありがとうございました。

こちらについて、何かご質問、ご意見はおありでしょうか。
お願いします。

○埴岡委員：標準報酬月額の値が出てきたことに伴って、今年度決算及び来年度収支の再試算というのは、される予定なんですか。

○田中委員長：企画部長。

○小澤企画部長：来年度収支あるいは来年度予算につきましては、あるいは本年度収支につきましては、その年度でのまず来年度予算につきましては、この 9 月改定を取り込んだかたちで算定をすることになります。また、26 年度の決算につきましては、当然、実績に基づいて、最終的には、確定値は来年の 6 月あるいは 7 月になりますが、この段階では当然、この 9 月改定の実績も取り込まれることになります。

○埴岡委員：決算予想はされなくて、決算のみということですか。

○高橋理事：来年度の予算をつくるときには、今年度の決算の見通しもつくります。

○埴岡委員：見込みは出すということですか。わかりました。ありがとうございます。

○田中委員長：5 ページのグラフを見ると、いつの間にかジェネリックの使用割合は、地味ですが、高まってきているのですね。1 年ちょっとで、10%ポイント近く高まっています。

ほかによろしゅうございますか。15分ありますけど、なければ、ここまで結構だと思います。

次回の運営委員会の日程について、事務局から説明をお願いします。

○小澤企画部長：次回の運営委員会でございますが、12月9日火曜日の15時より、全国町村議員会館、ここと同じです。半蔵門で行います。よろしくお願いします。

○田中委員長：本日はこれにて閉会いたします。

森委員、あらためておめでとうございます。

皆様、忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございました。(了)